ANEXO Nº 6
CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y RÉGIMEN PARAFISCALES

Señores
MUNICIPIO DE SIBATÉ
REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXX

El suscrito Revisor Fiscal (cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley) o el representante legal, hace saber que la (NOMBRE COMPLETO DE LA FIRMA O SOCIEDAD), ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Así mismo certifico que dicha obligación se ha venido cumpliendo durante los últimos seis (06) meses. (O si la firma se constituyó en un término inferior a este, desde el plazo de su constitución).

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2013.

Atentamente,

_____
Revisor Fiscal y/o Representante Legal
Matricula Profesional (Si firma el Revisor Fiscal)
CC.